Nous cherchons à protéger des vies humaines

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2008

Québec

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2008

Le contenu de la présente publication a été rédigé par le
Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 418 643-1845
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication peut être consultée
dans le site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante : www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN 978-2-550-55482-0 (imprimé)
ISBN 978-2-550-55483-7 (PDF)
ISSN 1913-245X (imprimé)
ISSN 1913-2468 (en ligne)

© Gouvernement du Québec, 2009

Tous droits réservés pour tout pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Monsieur Yvon Vallières
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement, bureau 1.30
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2008.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Le ministre de la Sécurité publique,

ORIGINAL SIGNÉ PAR

Jacques P. Dupuis

Québec, avril 2009

Monsieur Jacques P. Dupuis
Ministre de la Sécurité publique
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2008, conformément à l'article 29 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données à jour au 9 février 2009.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

ORIGINAL SIGNÉ PAR

Le coroner en chef,
Dre Louise Nolet

Québec, mars 2009

TABLE DES MATIÈRES

LES INVESTIGATIONS 7
Les décès signalés aux coroners 7
Délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 8
Les copies de rapports transmises sur demande 9
Les autopsies et les examens de laboratoire 9
Quelques rapports d'investigation déposés en 2008 10

LES ENQUÊTES 13
L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 13
Les enquêtes en cours au 31 décembre 2008 13
les rapports d'enquête déposés en 2008 14

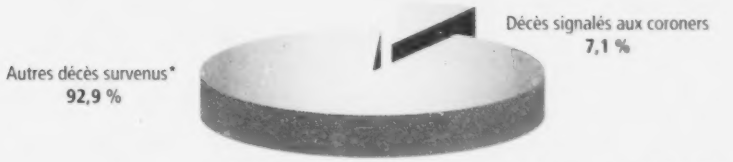
LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT 15

LES INVESTIGATIONS

LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

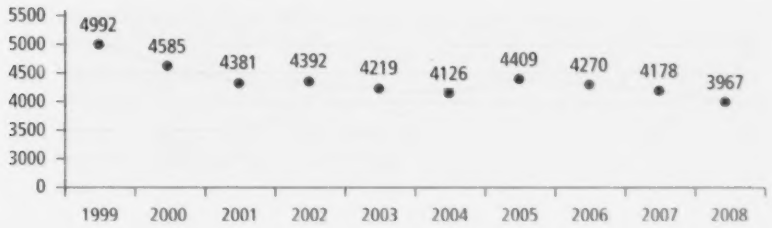
En 2008, 3 967 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Ce nombre est le plus bas depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès en 1986 et représente une baisse de 20 % depuis 1999. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 7,1 % de tous les décès survenus au Québec en 2008. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (73,6 %).

Pourcentage des décès signalés aux coroners sur l'ensemble des décès survenus au Québec en 2008

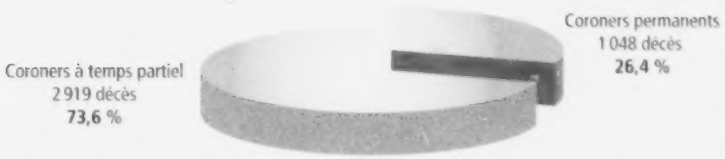


* Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2005 à 2007

Évolution des décès signalés aux coroners de 1999 à 2008



Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel en 2008



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2008. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes représentent la plus grande part (67,4 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (22,5 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (7,7 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,7 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2008

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Circonstances obscures ou violentes	2 674	67,4
Causes médicales indéterminées	892	22,5
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	307	7,7
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	27	0,7
Autres raisons ou raison inconnue	67	1,7
Total des décès signalés	**3 967**	**100,0**

Délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner

Sauf dans la plupart des cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou d'expertises particulières et les rapports d'enquête des policiers. Il s'écoule donc un certain temps entre le signalement d'un décès au coroner et la transmission de son rapport d'investigation au coroner en chef. Sur la base des investigations amorcées de 2005 à 2007, le délai moyen entre la prise d'avis et le dépôt du rapport du coroner est d'environ huit mois et demi.

Sur les 3 967 décès signalés en 2008, 1 127 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef au 31 décembre 2008. Il restait donc, à cette même date, 2 840 décès en cours d'investigation, soit 71,6 % des décès signalés.

État des rapports d'investigation concernant les décès signalés en 2008

ÉTAT DES RAPPORTS AU 9 FÉVRIER 2009	NOMBRE	%
Rapports terminés	1 127	28,4
Rapports non terminés	2 840	71,6
Total des décès signalés	**3 967**	**100,0**

Les investigations conclues en 2008

Un total de 3 938 investigations ont été conclues en 2008, dont 2 717 (69,0 %) par des coroners à temps partiel et 1 221 (31,0 %) par des coroners à temps plein. Le tableau suivant fait état de la ventilation de ces rapports selon le type de décès. Puisque ces rapports concernent des décès survenus au cours d'années différentes, il ne serait pas utile d'en faire une analyse épidémiologique plus détaillée.

Investigations conclues en 2008 selon le type de décès

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE	%
Décès de cause naturelle	1 455*	36,7
Accident	1 259	32,0
Suicide	1 071	27,2
Homicide	80	2,0
Décès traumatique d'intention indéterminée	55	1,4
Décès de cause indéterminée	28	0,7
Total des investigations conclues	**4 021**	**100,0**

* Incluant 311 sorties de corps

Les copies de rapports transmises sur demande

En 2008, le Bureau du coroner a transmis 12 139 copies de rapports de coroners demandées par les corps policiers, les hôpitaux, les familles et par les tiers intéressés.

C'est une augmentation de 28 % en comparaison des 9 481 rapports transmis sur demande en 2007.

Copies de rapports transmises sur demande en 2008 selon le type de destinataire

DESTINATAIRE	NOMBRE	%
Corps policiers	3 440	28,3
Hôpitaux	3 315	27,3
Familles	2 567	21,1
Ministères et organismes intervenant en prévention	881	7,3
Médias	662	5,5
Compagnies d'assurance	660	5,5
Juristes	295	2,4
Autres	319	2,6
Total	**12 139**	**100,0**

Les autopsies et les examens de laboratoire

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2008.

Des autopsies ont été ordonnées pour 38,7 % des décès signalés aux coroners, ce qui représente un total de 1 537 autopsies. Selon les données accessibles, un peu plus du tiers de ces autopsies ont été pratiquées par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal, et les autres, dans des hôpitaux.

Les examens de laboratoire sont aussi fréquemment demandés par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données provisoires pour 2008 montrent que, dans un peu plus d'un décès sur deux, le coroner demande de tels examens.

Décès ayant fait l'objet d'expertises demandées par les coroners et lieux d'exécution en 2008[1]

EXPERTISES	NOMBRE	%[2]
Autopsies	**1 537**	**38,7**
· Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	593	(38,6)
· Hôpitaux	541	(35,2)
· Données non accessibles	403	(26,2)[3]
Alcoolémie ou toxicologie	**2 095**	**52,8**
· Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	377	(18,0)
· Centre de toxicologie du Québec (INSPQ)	1 703	(81,3)
· Centres hospitaliers	15	(0,7)
Autres expertises[4]	**172**	**4,3**

[1] Les données sont provisoires.
[2] Les pourcentages en gras sont calculés sur les 3 967 décès signalés en 2008, alors que les pourcentages entre parenthèses se rapportent au sous-total de chaque catégorie.
[3] Le lieu de l'autopsie est souvent inconnu au moment de l'avis au coroner, ce qui explique ce pourcentage élevé.
[4] Il s'agit, par exemple, de la vérification mécanique d'un véhicule, d'une expertise en anthropologie judiciaire, d'une expertise en balistique.

Quelques rapports d'investigation déposés en 2008

Utilisation du pistolet à impulsions électriques lors d'une intervention policière

Un homme de 38 ans décède d'une nécrose du foie, de l'intestin grêle et du côlon quelques jours après son arrestation survenue dans un contexte de délirium agité et d'intoxication à la cocaïne.

L'homme est intercepté par les patrouilleurs du Centre opérationnel du Service de police de la Ville de Montréal après avoir grillé un feu rouge et tenté de fuir. Il est très agité. Incapable de le maîtriser, un des deux policiers présents, en possession d'un dispositif à impulsions (Taser), lui administre six décharges électriques en 53 secondes. Selon le coroner, même si l'utilisation du pistolet Taser ne peut être considérée comme la cause médicale du décès, les décharges électriques y ont possiblement contribué. Les effets toxiques de la cocaïne ont pu être augmentés par le stress causé par l'accident et l'arrestation.

Le coroner considère que l'utilisation du pistolet à impulsions électriques ne doit pas être banalisée et que les policiers doivent être conscients de ses effets sur la santé de la personne atteinte. Les recommandations du coroner portent notamment sur la formation des policiers et sur l'analyse des rapports d'usage de la force remplis lors de l'utilisation du dispositif à impulsions. Il recommande également de documenter les effets du dispositif à impulsions sur la santé des personnes touchées.

Fusillade au collège Dawson

Le matin du drame, le tireur qui souffre de problèmes psychologiques rédige son testament. Il quitte son domicile en possession de plusieurs armes et se rend au collège Dawson. Il est détenteur d'un permis de possession et d'acquisition d'armes à feu. Un piéton qui circule aux abords du collège aperçoit l'homme avec une carabine. Inquiet, il avise le 9-1-1. Deux minutes plus tard, le tireur ouvre le feu avec une arme semi-automatique devant le collège avant de pénétrer à l'intérieur de l'enceinte, avec à ses trousses un policier déjà sur place. Dans la salle où il se barricade, l'homme met en joue plusieurs personnes. Il atteint mortellement une étudiante et en blesse 16 autres. Blessé au coude droit par le tir d'un policier, le tireur retourne l'arme contre lui. Environ 30 policiers ont été impliqués dans l'intervention à l'intérieur du collège.

Le coroner recommande notamment aux établissements scolaires de se doter d'un plan d'urgence en cas de tireur actif. Il recommande également au ministre de la Sécurité publique du Canada de resserrer la prohibition de certaines armes à feu.

Arrestation et détention d'une personne perturbée

À la suite de plaintes reçues, des agents du Service de police de la Ville de Québec (SPVQ) interpellent un homme de 32 ans qui tient des propos incohérents et dérange la clientèle d'un dépanneur.

Les policiers procèdent à son arrestation pour désordre et tentent d'abord de l'immobiliser, mais l'homme résiste farouchement. Ils utilisent le pistolet à impulsions électriques (Taser). Malgré les décharges, l'homme ne semble pas éprouver une douleur intense qui pourrait permettre de terminer l'arrestation. Les policiers utilisent la force physique pour compléter l'arrestation et conduisent l'homme au bloc cellulaire.

Le lendemain matin, les policiers le trouvent dans sa cellule nu et confus. Vers midi, il est conduit au palais de justice de Québec où il est pris en charge par les agents des services correctionnels. L'homme est trop confus pour comparaître. Avant son retour à l'établissement de détention, il s'affaisse et convulse. Pendant son transfert, il se frappe la tête sur les parois grillagées du cubicule du fourgon cellulaire. On lui installe un casque de hockey avec visière pour éviter qu'il se blesse. À son arrivée à l'établissement de détention, il semble dormir, respire fort et râle. Après son enregistrement à l'accueil, il est conduit à l'infirmerie. À la suite de l'évaluation de son état, il est transféré dans un centre hospitalier. Son état neurologique se détériore rapidement. Son décès est constaté le lendemain et le coroner conclut à un œdème cérébral massif.

Le coroner est d'avis que l'homme présentait des signes de perturbation mentale nécessitant des soins médicaux immédiats. Il recommande notamment de revoir les procédures d'intervention auprès des personnes ayant un comportement suspect ou anormal et de prévoir de la formation pour aider les patrouilleurs à reconnaître les signes d'un état mental perturbé ou d'un niveau dangereux d'intoxication. Il recommande aussi aux intervenants du milieu de la santé de s'impliquer dans les études et évaluations concernant la sécurité entourant l'utilisation des dispositifs à impulsions électriques.

Qualité des soins médicaux et psychiatriques

Un homme de 25 ans, détenu à l'Établissement de détention Rivière-des-Prairies (EDRDP), décède d'une arythmie cardiaque maligne durant un état d'agitation psychomotrice. Quelques jours avant le décès, l'homme est transporté par ambulance de son domicile vers un centre hospitalier pour un état de panique et d'agitation. Aucune recherche de drogue n'est faite, et il reçoit son congé. Trois jours plus tard, les policiers l'amènent à l'hôpital après qu'il a menacé physiquement sa mère. Le médecin soulève la possibilité d'une réaction aux drogues. Il le libère de l'urgence en croyant qu'il sera vu le matin en psychiatrie après sa comparution qui ne durera que deux minutes. Il est transféré à l'EDRDP où il sera placé sous contention en cellule d'isolement après avoir tenté de s'étrangler avec les courroies de la chemise antisuicide. Il comparaît au palais de justice de Montréal, et une ordonnance d'évaluation de l'aptitude et de la responsabilité criminelle est demandée à l'Institut Philippe-Pinel (IPP) par le juge. L'homme est vu par un psychiatre consultant de l'IPP qui réitère l'importance de l'admettre à l'IPP dans les plus brefs délais. Faute de place, le transfert est organisé pour le lendemain matin, et il retourne dans sa cellule. Il devient très agité et est mis sous contention. Comme il oppose une forte résistance aux agents, ces derniers utilisent des points de pression pour l'immobiliser le temps d'installer les contraintes. Lorsque la dernière contention est installée et que l'homme est sur le dos, il devient soudainement immobile, il a les yeux révulsés et ne respire plus.

Le coroner formule plusieurs recommandations afin notamment de mieux gérer les problèmes médicaux et psychiatriques des détenus.

Mise en garde contre la pratique du sommeil partagé

Deux investigations ont porté sur les décès de nourrissons par asphyxie positionnelle alors qu'ils étaient au lit avec leurs parents. Dans les deux cas, les nourrissons étaient en santé.

L'Institut national de santé publique du Québec a publié le guide *Mieux vivre avec notre enfant de 0 à 2 ans*, qui est remis aux parents par les centres hospitaliers et les maisons de naissance après un accouchement. Il y est fait mention que l'endroit le plus sécuritaire pour coucher un bébé est sa couchette, mais on parle aussi du bénéfice pour le nourrisson de partager le lit de ses parents. Selon le coroner, même si le guide souligne que la pratique du sommeil partagé peut augmenter les risques de mort subite du nourrisson, le message transmis ne vise pas à décourager les parents qui préfèrent dormir avec leur bébé lors des premiers mois de vie.

Les coroners s'unissent pour recommander que les familles soient mieux informées des risques associés au sommeil partagé. De plus, le chapitre traitant du sommeil du nourrisson dans le guide québécois *Mieux vivre avec notre enfant de 0 à 2 ans* devrait être revu et son contenu modifié afin de rendre compte des décès survenus au Québec au cours des dernières années et qui sont associés à cette pratique.

L'utilisation des couvertures proprioceptives

Un jeune autiste de 9 ans décède d'une encéphalopathie anoxique consécutive à une suffocation alors qu'il était enroulé dans une couverture proprioceptive, à l'école spécialisée Marie-Rivier à Saint-Jean-sur-Richelieu. L'utilisation de la couverture proprioceptive comme moyen thérapeutique était prévue pour l'enfant dans le plan d'intervention de l'école, mais elle n'a jamais été prescrite par un médecin. Elle ne doit jamais être utilisée comme punition. Le jour de l'événement, le petit était agité et il a reçu la consigne d'aller dans la couverture située dans un coin caché du reste de la classe. Sa tête était recouverte, il était couché sur le ventre et avait été enroulé quatre tours. Après les 20 minutes habituelles, l'éducateur est allé chercher l'enfant ; il s'est alors aperçu qu'il était bleu et inerte.

Aucune étude scientifique ne permet de déterminer le poids nécessaire pour assurer les bienfaits de la couverture pour une personne donnée. Il n'existe pas non plus de règles pour l'utilisation de ces couvertures. Il a été démontré que la formation donnée par les ergothérapeutes n'a pas été respectée : la couverture était trop lourde (39 livres), la tête de l'enfant ne devait pas être couverte et un seul tour était recommandé. Le coroner recommande de suspendre l'utilisation de cette couverture dans tous les milieux tant que des experts n'auront pas établi des règles qui rendent cette pratique totalement sécuritaire. Elle ne doit jamais servir de contention et l'enfant doit être surveillé lorsqu'il est dans la couverture. Il recommande également à plusieurs intervenants de mettre en garde les utilisateurs de ces couvertures contre les dangers de suffocation que celles-ci représentent.

Noyade lors de la Classique internationale de canots

Un homme de 36 ans se noie dans la rivière Saint-Maurice lors de la Classique internationale de canots de la Mauricie. Il avait déjà chaviré une première fois avant le renversement mortel. Les vestes de sauvetage étaient dans l'embarcation, mais aucune réglementation n'oblige les canoteurs à les porter. Après le chavirement, la victime a tenté de récupérer sa casquette et sa rame. Le courant l'a alors emportée. Son coéquipier a lancé une veste de flottaison dans sa direction, mais sans succès. L'homme a disparu dans les remous et son corps a été trouvé le lendemain.

Le coroner recommande le port obligatoire d'un gilet de sauvetage lors des prochaines compétitions et l'identification des principaux sites dangereux de la rivière Saint-Maurice afin que des embarcations de secours puissent y être disponibles à proximité durant la course.

Incendies survenus dans des logements à Montréal

Quatre personnes décèdent d'asphyxie au monoxyde de carbone, à la suite de trois incendies survenus dans leur logement respectif à Montréal. Dans l'un des cas, la pile du détecteur de fumée ne fonctionnait plus et, dans les deux autres cas, aucun détecteur n'avait été installé dans le logement.

Pour le coroner, la problématique des détecteurs de fumée dans les logements de Montréal est bien connue. Bien que les propriétaires en fassent l'installation, c'est aux locataires qu'il incombe d'en faire l'entretien et de changer les piles deux fois par année. Le coroner doute qu'une campagne de publicité suffise pour atteindre tous les segments de la population.

La recommandation formulée vise la Ville de Montréal. Le règlement municipal devrait être modifié pour prévoir l'introduction graduelle de détecteurs de fumée munis d'une pile au lithium d'une durée de dix ans pour tous les logements sur son territoire qui ne disposent pas de détecteurs reliés au système électrique.

L'importance de respecter la posologie des médicaments en vente libre

Un homme décède d'une intoxication médicamenteuse à sa résidence. Il a voulu soulager ses symptômes grippaux et il aurait augmenté la dose des médicaments qu'il s'était procurés à la pharmacie, dont la guaïfénésine (un expectorant), la pseudoéphédrine/éphédrine (un décongestionnant) ainsi que le dextrométorphane (un antitussif). Tous ces produits vendus sans prescription visent à soulager les symptômes grippaux.

Le coroner considère que ce décès est attribuable à une surdose de médicaments. Il recommande de continuer la publicité concernant la gestion des médicaments et insiste sur le fait que certains d'entre eux peuvent être mortels s'ils ne sont pas pris selon la posologie.

Noyade sous un trampoline flottant

Un enfant de 6 ans, atteint d'un trouble envahissant du développement, se noie à la plage publique du lac Saint-Joseph, à Fossambault-sur-le-Lac. Il était inscrit au programme de vacances d'été de L'Ancienne Lorette. Il ne pouvait nager sans gilet de sauvetage, et une surveillance rapprochée était nécessaire en raison de son inconscience face au danger.

Le jour de l'événement, c'était la première journée que l'accompagnatrice s'occupait de cet enfant, et elle n'avait pas son maillot de bain, n'ayant pas été avisée du type de sortie. Pendant la baignade, elle a réalisé qu'elle ne surveillait pas le bon garçon. L'enfant n'ayant pas répondu à l'appel du midi, l'accompagnatrice avise une collègue vers 12 h 20, et le service de sécurité de la plage est alerté vers 12 h 30. Vers 13 h, un sauveteur plonge et découvre la victime sous le trampoline flottant. Après d'intenses manœuvres de réanimation, le décès de l'enfant est constaté à l'hôpital.

Le coroner souligne que l'enfant n'a pas bénéficié de l'attention que son état nécessitait. Il a formulé deux recommandations à la municipalité concernant le choix et l'encadrement des activités sportives.

LES ENQUÊTES

L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
1999	7	18
2000	12	22
2001	11	12
2002	24	32
2003	9	10
2004	2	2
2005	3	4
2006	4	16
2007	5	5
2008	7	7
Total	**84**	**128**

En 2008, le coroner en chef a ordonné sept enquêtes publiques. Quatre enquêtes ont aussi été conclues en 2008. Trois d'entre elles avaient été ordonnées au cours de l'année précédente. Au 31 décembre 2008, neuf enquêtes étaient en cours. Le délai moyen entre l'ordonnance de l'enquête et le dépôt du rapport, pour les quatre enquêtes conclues en 2008, est de neuf mois.

Les enquêtes en cours au 31 décembre 2008

NOM/PRÉNOM NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER ENQUÊTEUR	LIEU DE L'ENQUÊTE
Forgeot, Cyril Accident de voiture (2003-06-14)	29 septembre 2003	M[e] Catherine Rudel-Tessier	À déterminer
Berniquez, Michel Arythmie cardiaque fatale après arrestation par des policiers (2003-06-28)	28 septembre 2004	M[e] Andrée Kronström	Montréal
Nadeau, Roger Mort au pénitencier de Donnacona (2007-05-02)	25 avril 2008	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Québec
Dumont, Isabelle Hémorragies sévères (2002-09-10)	27 août 2007	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Laval
Bennis, Mohamed-Anas Altercation avec les policiers (2005-12-01)	4 juillet 2008	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Montréal
Giguère, Yves Rupture de la rate à la suite d'un accident de motocyclette (2007-10-23)	18 septembre 2008	M[e] Jean-Luc Malouin	Granby
Sauvageau, Jean-Jacques Décès dans la salle d'attente de la Clinique médicale Viau (2008-01-11)	18 septembre 2008	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Laval
Un, Sitha Nécrose du pied droit nécessitant une amputation (2008-05-02)	18 septembre 2008	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Laval
Villanueva, Fredy Alberto Blessures causées par balles (2008-08-09)	1[er] décembre 2008	M[e] Robert Sansfaçon	Centre judiciaire Gouin

Les rapports d'enquête déposés en 2008

Limites des soins à domicile

Une femme de 87 ans, recevant des visites quotidiennes d'intervenants d'un centre local de services communautaires (CLSC), est admise à l'hôpital dans un état de faiblesse et de dégradation physique grave.

Elle aurait demandé à son fils de mourir à la maison ; elle souffrait de démence et devait être encadrée jour et nuit. Lors d'une hospitalisation antérieure, l'hôpital a accepté son retour à domicile, et une aidante de jour a été engagée. Or, même si son état nécessitait une surveillance constante, ni le fils ni l'aidante de jour ne lui prodiguaient les soins qui lui étaient nécessaires. Le CLSC a rencontré à plusieurs reprises le fils pour lui rappeler l'importance de son rôle et a augmenté la fréquence de ses visites. L'état de la femme s'est détérioré et elle est décédée d'une bronchopneumonie.

Le coroner formule plusieurs recommandations, notamment que le personnel des services de soins à domicile soit formé sur les rôles et responsabilités des aidants naturels et qu'il soit informé des possibilités qui existent pour signaler une situation problématique. Il recommande également qu'on sensibilise le personnel aux signes pouvant laisser croire à des soins inadéquats ou de la maltraitance.

Décès suspect par arme à feu

Un homme de 46 ans décède d'un traumatisme crânien par passage d'un projectile d'arme à feu. Il a été découvert devant sa maison, une carabine à environ cinq pieds de lui. La scène est compatible avec une automanipulation de l'arme.

L'enquête n'a toutefois pas permis de préciser si cette automanipulation était intentionnelle ou non.

Conformité des soins offerts en maison de convalescence

Une femme de 84 ans décède d'une pneumonie dans une maison de convalescence. Une semaine avant son décès, elle consulte à l'urgence d'un hôpital pour un œdème important aux jambes et reçoit une prescription d'antibiotiques pour une dermite et possiblement une cellulite à la jambe droite. Comme la femme vit seule en appartement, un placement temporaire est organisé à la Résidence Le Coulongeois, puisqu'elle n'a besoin que d'assistance pour ses pansements et d'aide pour la mobilité. Le lendemain de son admission, elle tousse et a des expectorations très abondantes. Dans les jours qui suivent, son état se détériore. Elle est trouvée sans vie, un matin, par une préposée. Celle-ci ne tente aucune manœuvre de réanimation et téléphone à la propriétaire de la résidence qui appelle le 9-1-1, deux heures après avoir été avisée de la situation.

Le coroner recommande entre autres de resserrer les critères qui permettent de reconnaître une résidence comme milieu de référence pour l'hébergement et de vérifier régulièrement la conformité des offres de service avec les services véritablement offerts.

Qualité des soins en résidence pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes

Un homme de 76 ans décède d'une hémorragie digestive à la résidence Les Jardins d'Amour, une résidence pour personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie. Il y vivait depuis six mois. L'enquête a démontré que la victime n'a pas reçu les soins et l'attention nécessaires à son état de santé.

Par ailleurs, l'enquête a démontré que, dès 2005, les conditions de vie des résidents ont commencé à se détériorer. La situation avait été signalée au Protecteur des usagers, mais il appert que les enquêteurs n'ont pas été assez vigilants pour que des changements significatifs soient apportés au fonctionnement de la résidence. Le coroner recommande donc au Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux de s'assurer de la qualité de ses enquêtes et du suivi de ses recommandations.

Les recommandations et leur traitement

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, associations, ministères ou organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2008, les coroners ont déposé 279 rapports comportant une ou plusieurs recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

Le présent rapport annuel des activités des coroners n'intègre pas la liste des recommandations, car elle est trop longue pour y figurer. Cependant, les recommandations des années 2001 à 2008 peuvent être consultées dans le site Web du Bureau du coroner (www.coroner.gouv.qc.ca).

Recommandations transmises pour suivi en 2008

CATÉGORIE DE DÉCÈS	TOTAL	%
Décès accidentels	**333**	**64,9**
· Accidents de transport terrestre	135	26,3
· Autres accidents	198	38,6
Cause naturelle	**94**	**18,3**
Suicides et homicides	**77**	**15,0**
Indéterminés quant à l'intention	**9**	**1,8**
Total	**513**	**100,0**

Nous cherchons à protéger des vies humaines

Bureau
du coroner
Québec